**Demande d’autorisation d’exercice d’une activité médicale libérale**

**pendant une période de remplacement**

***A adresser au Conseil départemental du lieu de l’activité médicale libérale envisagée***

Article R.4127-65 du code de la santé publique

**I - Identification du demandeur**

Nom :………………………………………………………………………………………….....

Prénom : ………………………………………………………………………………………...

N° départemental d’inscription au Tableau de l’Ordre :……………………………………….

Qualification *(menu déroulant)*

Disciplines exercées ou orientation de l’activité : ……………………….....................................

…………………………………………………………………………………………………………

Adresse de correspondance :………………………………………………………………………..

Code postal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Commune………………………………………………............

N° de téléphone |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ; |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

*Fixe Mobile*

Adresse électronique :…………………………………………………………………………...

**II - Activité médicale libérale envisagée pendant une période de remplacement**

Adresse de l’activité médicale envisagée :…………………………………………………………

Dates de début et de fin :…………………………………………………………………………….

Forme d’exercice envisagée :

* Remplacement
* Collaboration
* Contrat d’association temporaire
* Autre : …………………………………………………………………………………………..
* Ne sais pas

**III - Justification de la demande d’une activité médicale libérale pendant une période de remplacement**

* intérêt pour la population du lieu où vous souhaitez exercer une activité médicale libérale

(*expliquez en quelques lignes*)

* carence ou insuffisance de l’offre de soins du lieu où vous souhaitez exercer une activité médicale libérale

(*expliquez en quelques lignes*)

**Pièces à joindre :**

Un projet de contrat a déjà été établi pour cette activité médicale libérale :

* Oui (le joindre)
* Non

*Rappel : la conclusion d’un contrat et sa communication dans le délai d’un mois au Conseil départemental est obligatoire (article L. 4113-9 du code de la santé publique)*

Je soussigné(e) (nom et prénom du demandeur) ………………………………………..certifie l'exactitude de l'ensemble des informations fournies ou joints au présent formulaire.

Fait le \_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| à …………………………………………………..